

# Особливості лікування різних форм псоріазу у жінок

Дюльмезова-Білаш О. О.

*Комунальна установа «Запорізький обласний шкірно-венерологічний клінічний диспансер»  
Запорізької обласної ради, Запоріжжя*

Представлено огляд літературних даних, що стосуються лікування різних форм псоріазу у жінок. Розглянуто сучасні підходи до системної терапії псоріазу, його топічного лікування, можливості фізіотерапевтичних методик і санаторно-курортного лікування.

**Ключові слова:** жінка, клінічна форма, лікування, псоріаз.

Одним з найбільш поширених хронічних дерматозів серед жінок, який є актуальною медико-соціальною проблемою, що призводить до значного зниження якості життя і працездатності, до інвалідизації хворих, створює складнощі в створенні сім'ї і погіршує стосунки в сім'ї, є псоріаз [1, 8, 21].

Псоріаз – це хронічна хвороба з частими рецидивами, яка вражає шкіру, опорно-руховий апарат, внутрішні органи. Дослідники у своїх роботах приділяють увагу і відводять важливу роль системним ушкодженням при псоріатичній хворобі, до яких відносять [1, 19, 22]:

- неспецифічний реактивний гепатит;
- цироз печінки;
- поліаденіт шкіри і суглобів;
- дифузний гломерулонефрит;
- ураження очей;
- неспецифічний уретрит;
- кардит і інші захворювання серця.

На думку провідних спеціалістів, поширеність псоріазу в популяції досить висока і складає, за даними різних авторів, від 0,1-3 % до 2-10 % загальної популяції [2, 3, 15]. Останнім часом відзначається почастищення випадків важких форм псоріазу:

- псоріатичний артрит;
- псоріатична еритродермія;
- ексудативний і пустульозний псоріаз, –

які відрізняються резистентністю до терапії, що проводиться [14, 21, 23].

Наразі переважає думка про псоріаз як про системний процес, який поширений серед різних рас у всьому світі [4, 10, 16]. Все частіше зустрічається термін «псоріатична хвороба», який відображає найточніше процес, що відбувається в організмі хворого. Так, до цього процесу залу-

чається не лише шкіра, але присутні зміни у внутрішніх органах, обміні речовин, системні імунні зрушення, патологія суглобів [1, 12, 20, 25].

Отже для підбору найбільш ефективної і адекватної терапії хворих на псоріаз жінок треба враховувати безліч чинників, які умовно можна підрозділити на дві основні групи:

- об'єктивні чинники, які слід враховувати при виборі методів лікування:

- 1) клінічні форми псоріазу;
- 2) міра активності (стадія захворювання);
- 3) поширеність ураження;
- 4) соматичний статус пацієнта;
- 5) гормональний статус;

- суб'єктивні чинники, які слід враховувати при виборі методів лікування:

- 1) вік;
- 2) стать;
- 3) рід занять;
- 4) особливості психіки;
- 5) інтелект;
- 6) мотивацію;
- 7) сімейний і соціальний стан пацієнта.

Розпочинається лікування псоріазу у жінок з дотримання режиму дня, дієти, догляду за шкірою з використанням емолієнтів, а також засобів догляду за волоссям і волосистою частиною голови.

Лікування має бути комплексним, індивідуальним і вирішувати усі основні завдання, які поставлені перед лікарем :

- зниження частоти загострень і залучення нових суглобів в запальний процес;
- зменшення інтенсивності болю і запальних явищ;
- поліпшення якості життя;
- відвертання інвалідизації хворого;
- уповільнення прогресу патологічного процесу.

Також ефективність терапії, безумовно, залежатиме від:

- обізнаності пацієнтки щодо природи псоріазу;
- усунення основних можливих провокуючих чинників.

На думку Е. В. Соколовського, для правильного вибору методу лікування псоріазу необхідно використати символічні терапевтичні «сходи», в основі яких знаходяться пом'якшувальні засоби для зовнішнього застосування. Чим вище вгору, тим складніше й відповідальніше терапія і тим вище ризик побічних дій [5, 7, 18].

Треба зазначити, що найбільшою терапевтичною проблемою є важкі форми атипій псоріазу:

- артропатичний псоріаз;
- псоріатична еритродермія;
- пустульозний псоріаз.

Чим важче форми псоріазу, тим вище слід підніматися для вибору методу лікування (Табл. 1).

Лікування хронічного бляшкового псоріазу (типової форми) включає:

- лікувальний режим
- емолієнти
- базисне лікування.

При легкій течії застосовується топічна терапія, зокрема:

- кортикостероїди;
- інгібітори кальциневрину;
- вітамін D<sub>3</sub> і його аналоги;
- препарати дьогтю;
- фіксовані комбінації.

Середньо-важка течія вимагає застосування таких методів:

- топічні засоби;
- додаткове санаторно-курортне лікування;
- додаткова психотерапія;
- соціальна терапія і реабілітація.

При важкій течії застосовується:

- системна терапія:

- 1) біологічна терапія (Адалімумаб, Інфліксимаб, Уstekіnumаб);
- 2) метотрексат;
- 3) циклоспорин;
- 4) ретиноїди;

- фототерапія;

- топічна терапія.

До основних засобів догляду за шкірою хворих на псоріаз відносять емолієнти; вони:

- сприяють відновленню і захисту базального шару епідермісу;
- підтримують гідроліпідний баланс;
- попереджають трансепідермальну втрату води.

До складу емолієнтів можуть входити репаративні, кератолітичні і протисвербіжні компоненти.

До засобів по догляду за волоссям і волосистою частиною голови можна віднести: шампуні, аерозолі, водорозчинні лосьйони, піни, гелі, що містять пом'якшувальні і кондиціонуючі компоненти, саліцилову кислоту, дьоготь, молочну кислоту, сечовину, піритіон цинк, багатоатомні спирти і інші протизапальні і антисептичні засоби.

Треба зазначити, що топічна терапія в лікуванні хворих на псоріаз включає [1, 8, 9, 11, 16]:

- топічні засоби з кератолітичним і кератопластичним ефектом;
- препарати, що містять сечовину, саліцилову кислоту (концентрація від 3 % до 10 %);

Таблиця 1. Терапевтичні «сходи» для лікування псоріазу (цит. за Е. В. Соколовським, 1999)

Системна медикаментозна супресивна терапія	Глюкокортикостероїди Циклоспорин А Метотрексат Ретиноїди Вітамін D <sub>3</sub>
Фотохіміотерапія	Ре-ПУВА-терапія (ретиноїди+ПУВА) ПУВА-терапія (системна та місцева)
Фототерапія	Комбінована терапія з УФ-Б-випромінюванням (режим Гокермана, Інграма) УФ-Б випромінювання (селективна фототерапія)
Системна медикаментозна несупресивна терапія	Коригуюча зовнішня мікроциркуляція
Зовнішня терапія:	
<ul style="list-style-type: none"> <li>- гідроксіанрони (антралін, дитранол, цигнолін тощо);</li> <li>- дозволяючі засоби (дьоготь, нафталан тощо);</li> <li>- засоби із синтетичними аналогами вітаміну D<sub>3</sub> (кальципотріол, такальцитол);</li> <li>- синтетичні ретиноїди для зовнішнього застосування (тазаротен);</li> <li>- глюкокортикоїдні складки для зовнішнього застосування (моноглюкокортикостероїдні складки, складки, що поєднують глюкокортикостероїди і кератопластичні засоби, антибіотики, дьоготь тощо);</li> <li>- засоби, що містять активований цинк-піритіонат;</li> <li>- пом'якшувальні засоби.</li> </ul>	

- топичні глюкокортикостероїди – мають протизапальну, протисвербіжну, антиалергічну і антипроліферативну дію;

- топичні інгібітори кальциневрину – пригніблюють активність кальциневринової фосфатази;

- вітамін D<sub>3</sub> і його аналоги – пригніблюють синтез протизапальних цитокінів;

- топичні ретиноїди (тазаротен);

- фіксовані комбінації топичних засобів (похідні вітаміну D<sub>3</sub> і топичні глюкокортикостероїди, топичні глюкокортикоїди і кератолітики - саліцилова кислота або сечовина);

- кам'яновугільний дьоготь – забезпечує протизапальну і антисептичну дію, усуває свербіж;

- гідроксіантрони (дитранол, антралін) – мають протизапальну, антипроліферативну, антиоксидантну дію.

У свою чергу, системна терапія включає [8, 9]:

- метотрексат – є антагоністом фолієвої кислоти, здійснює конкурентне інгібування фолатредуктази; має антипроліферативну, імуномодулюючу дію; призначається при важких формах псоріазу – артропатичному і бляшковому;

- циклоспорин – сильнодіючий імунодепресант, блокує ряд цитокінів (призначається для лікування пацієнтів з артропатичним псоріазом, бляшковим псоріазом і іншими резистентними формами псоріазу);

- етанерцепт – є антагоністом ФНО- $\alpha$ , зв'язує вільний ФНО і блокує його дію.

З метою лікування артропатичного псоріазу, а також середньо-тяжкого і тяжкого перебігу бляшкового псоріазу рекомендовано:

- інфліксимаб – селективний імуносупресант, є гібридними мишино-людськими моноклональними антитілами, зв'язує розчинні форми ФНО; рекомендований в лікуванні середньоважких і важких форм бляшкового і артропатичного псоріазу;

- адаліумаб – селективний імуносупресант, рекомбінантне людське моноклональне антитіло, нейтралізує біологічні ефекти ФНО; використовують у лікуванні середньоважкого і важкого бляшкового псоріазу, артропатичного псоріазу;

- нестероїдні протизапальні препарати – зменшують запалення шляхом неспецифічного пригнічення ензимів ЦОГ-1 і ЦОГ-2;

- лефлуномід – імуносупресивний препарат, що пригнічує дигідроорататдегідрогеназу;

- ретиноїди – регулюють процеси регенерації, диференціювання і ороговіння клітин шкіри; дають протизапальну, імуномодулюючу дію.

Крім того, традиційно використовують у лікуванні псоріазу седативні засоби і транквілізатори; їх застосовують у хворих за наявності невротичних реакцій у прогресуючій стадії псоріазу; рекомендовані:

- броміди;

- фенозепам;

- сибазон;

- фенобарбітал;

- настоянка валеріани, собачої кропиви;

- адаптол;

- седасен.

До засобів седативної терапії відносять також магнію сульфат, що має гіпотензивну, жовчогінну, тонізуючу дію. Магнію сульфат є природним антистресовим чинником і потрібний для нормального обміну нейромедіаторів – дофаміну, серотоніну, норадреналіну, гамма-аміномасляної кислоти (Г. М. Беляєв, 2010).

Часто використовують у прогресуючій стадії псоріазу:

- 30-відсотковий розчин тіосульфату натрію;

- реосорбілакт;

- реамбірин;

- препарати кальцію.

Натрію тіосульфат дає протизапальний, детоксикуючий, десенсибілізуючий ефект. Використовують препарат для внутрішньовенного введення по 10 мл, на курс – 10-15 ін'єкцій. У прогресуючу стадію також призначають антигістамінні препарати (димедрол, Супрастин, Діазолін, Тавегіл, Фенкарол).

Достатнє поширення в лікуванні псоріазу знайшли препарати гепатопротекторної дії; до них відносять лікарські засоби, які підвищують функціональну здатність клітин печінки, збільшують детоксикаційну здатність і сприяють виведенню біологічно активних продуктів метаболізму, сприяють збереженню і відновленню структури і функції гепатобілярної системи [6, 7].

При лікуванні псоріазу використовують такі гепатопротектори:

- карсил форте;

- силімарин;

- метіонін;

- гепавал;

- есенціалє;

- гепабене;

- глутоксим;

- глутаргін;

- антраль.

За наявності супутньої патології шляхів (дискінезії, холециститів), що виводять, реко-

мендовано хофітол, лів-52, сирепар, бетаїн [6, 7, 12, 13].

Важка течія (поширений псоріаз у прогресуючій стадії, еритродермія, ексудативна форма, пустульозний псоріаз Цумбуша, долонно-підшовний псоріаз) вимагає такого терапевтичного плану:

- дієта № 15;
- седативні засоби (настоянки собачої кропиви, валеріани, розчин натрію броміду);
- антистресові адаптогени (Гліцисед та ін.);
- транквілізатори і ноотропні препарати (Адаптол);
- дезінтоксикаційні засоби (Реамбін);
- антигістамінні засоби (Гістафен, Фенкарол);
- гипосенсибілізуючі засоби (кальцію глюконат, магнію сульфат);
- при вираженому свербіжі з порушенням сну – антигістамінні препарати з седативним ефектом;
- препарати, що покращують мікроциркуляцію і гемодинаміку (нікотинова кислота, ксантинола нікотинат);
- вітаміни (А, Е, Р, групи В);
- імуносупресанти (циклоспорин);
- цитостатики (небажано призначати до 16 років);
- в особливо важких випадках – селективні та імуносупресорні препарати, що є рекомбінантними моноклональними антитілами;
- фізіотерапевтичне лікування:
  - 1) фотохіміотерапія (ПУВА-терапія);

2) реПУВА-терапія (ПУВА-терапія);

3) УФО;

4) електросон;

5) фонофорез з кортикостероїдними мазями сильної потенції у комбінації з кератолітичними компонентами.

Фізіотерапія:

- низькочастотне лазерне опромінювання;
- фонофорез з гідрокортизоном і засобами зовнішнього використання, які містять хондроїтинсульфат і глікозаміноглікани;
- аплікація озокериту;
- діадинамічні струми;
- електрофорез з літієм і новокаїном;
- УФО;
- ПУВА-терапія.

Також сприятливу роль у лікуванні псоріазу у жінок відіграє санаторно-курортне лікування, яке проводиться в Строгановці, Одесі, Хмільнику. Основними методами курортотерапії в комплексному лікуванні є гемоаероталасотерапія, сонячні ванни, купання в морі. Під час проведення санітарно-курортного лікування використовуються: лікувальна фізкультура, гімнастика, ходьба, мінеральні води, пелюдо- або теплотерапія, бальнеотерапія, рефлексотерапія, психотерапія, фітотерапія.

До протипоказань санаторно-курортного лікування відноситься прогресуюча стадія псоріазу.

Додатковими методами лікування хворих на псоріаз є психотерапія і соціальна адаптація, фітотерапія.

## ЛІТЕРАТУРА

1. Беляєв Г. М. Сучасне уявлення про патогенез, псоріатичну артропатію і лікування цих хворих. Дерматологія та венерологія. 2012. № 2 (56). С. 7-26.
2. Болотна Л. А., Саріан О. І. Корекція метаболічних порушень у хворих на псоріаз. Журн. дерматовенерології та косметології ім. М. О. Торсуєва. 2014. № 1/2. С. 131.
3. Болотна Л. А. Використання дерматокосметичних засобів "Dusgey" в лікуванні псоріазу волосистої частини голови. Дерматологія та венерологія. 2013. № 4. С. 62-68.
4. Глухенький Б. Т., Глухенька А. Б., Голяс Ж. С., Гунченко Л. В., Коваль Е. М., Михасева Т. М. "Форкал мазь" - новий препарат для зовнішнього лікування псоріазу. Український журнал дерматології, венерології, косметології. 2009. № 2. С. 28-30.
5. Дудченко М. О., Васильєва К. В. Особливості змін шкіри в осіб, які зловживають сонячним та штучним опроміненням. Дерматовенерологія. Косметологія. Сексопатологія. 2013. № 1-4. С. 241-243.
6. Дюдюк А. Д., Колева Н. М., Алі Л. Х. Інтегральна роль урогенітальних інфекцій у розвитку артропатичного псоріазу. Укр. журн. дерматології, венерології, косметології. 2014. № 1 (52). С. 27-34.
7. Дюдюк А. Д., Федотов В. П., Полион Н. Н. Комплексне лікування хворих на псоріаз із застосуванням препарату Карсил Форте. Дерматовенерологія. Косметологія. Сексопатологія. 2009. № 1-2 (12). С. 245-250.
8. Калюжна Л. Д. Гепатопротектори в комплексній терапії при хронічних дерматозах. Укр. журн. дерматології, венерології, косметології. 2011. № 2 (41). С. 65-67.
9. Калюжна Л. Д., Літус О. І., Ошивалова О. О. Особливості клінічного перебігу та удосконалення діагностики і лікування псоріа-



- зу: методичні рекомендації. К. Український центр наукової медичної інформації та патентно-ліцензійної роботи. 2013. 64с.
10. Кутасевич Я.Ф., Маиштаківа І.О. Оптимізація зовнішньої терапії псоріазу з урахуванням клінічної стадії та ступеня тяжкості (методичні рекомендації). К., 2010. 20 с.
  11. Кутасевич Я.Ф., Маиштаківа І.А. Рациональний вибір топичного стероїда. Український журнал дерматології, венерології, косметології. 2012. № 1 (44). С. 55 - 58.
  12. Мавров Г. И., Саріан Е.І. Чинники ризику серцево-судинних захворювань у хворих звичайним псоріазом. Дерматологія та венерологія. 2012. № 3. С. 58-64.
  13. Мавров І.І., Савоськіна В. А., Дунаєва Г.А. Етюди до діагностики і лікування в дерматології і венерології. К. : ТОВ "Доктор-Медіа", 2009. 432 с.
  14. Наказ МОЗ України №312 від 08.05.2009 р. "Про удосконалення дерматовенерологічної допомоги населенню України" (додаток: протоколи надання медичної допомоги).
  15. Олійник І. О. Значення алгоритму обстеження на шляху до ранньої діагностики псоріатичного артрити. Дерматовенерологія. Косметологія. Сексопатологія. 2008. № 1-2 (11). С. 88-92.
  16. Резніченко Н. Ю. Діагностика, лікування та профілактика псоріатичної хвороби у чоловіків у віковому аспекті. Запоріжжя : Просвіта, 2014. 308 с.
  17. Резніченко Н. Ю. Значення вітамінопрофілактики для попередження виникнення дерматологічної патології та збереження здоров'я населення. Журн. дерматовенерології та косметології ім. М.О. Торсуєва. 2013. № 1-2. С. 75-80.
  18. Резніченко Н. Ю. Корекція порушень мікроциркуляції шкіри у чоловіків зрілого віку із псоріазом. Кровообіг та гемостаз. 2013. № 3-4. С. 74-77.
  19. Резніченко Н. Ю. Зміни метаболізму у чоловіків зрілого віку, хворих на псоріаз. Журн. клінічних та експерим. мед. досліджень. 2013. № 3. С. 322-327.
  20. Резніченко Н. Ю. Досвід лікування хворих на псоріаз із використанням аутогенних тренінгів як ефективного методу психокорекції. Медична психологія. 2014. Т. 9, № 1 (33). С. 99-102.
  21. Сизон О. О., Степаненко В. І. Дискусійні питання артропатичного псоріазу як суглобового синдрому псоріатичної хвороби. Укр. журн. дерматології, венерології, косметології. 2012. № 1 (44). С. 25-35.
  22. Сизон О. О., Степаненко В. І. Роль стрес-системи у розвитку артропатичного псоріазу. Укр. журн. дерматології, венерології, косметології. 2013. № 1 (48). С. 33-43.
  23. Степаненко В. І., Іщейкін К. Є., Рижко П. П., Кайдашев І. П. Імуносупресивна терапія при atopічному дерматиті (Огляд сучасних літературних даних та обґрунтування перспективних напрямків подальших досліджень). Український журнал дерматології, венерології, косметології. 2005. № 1. С. 19-22.
  24. Степаненко Р. Л. Патогенетична роль імунних факторів у формуванні запального процесу при псоріазі. Український журнал дерматології, венерології, косметології. 2013. № 4 (51). С. 84-92.
  25. Федотов В. П., Дюдюк А. Д., Шаленная Н. С. Ефективність препарату Панавір в терапії хворих псоріатичною хворобою. Дерматовенерологія. Косметологія. Сексопатологія. 2010. № 1-2. С. 198-201.

## Особенности лечения различных форм псориаза у женщин

**Дюльмезова-Билаш О. А.**

Коммунальное учреждение «Запорожский областной кожно-венерологический клинический диспансер» Запорожского областного совета

Представлен обзор литературных данных, касающихся лечения различных форм псориаза у женщин. Рассмотрены современные подходы к системной терапии псориаза, его топического лечения, возможности физиотерапевтических методик и санаторно-курортного лечения.

**Ключевые слова:** женщина, клинические формы, лечение, псориаз.

## Peculiarities of treatment of different forms of psoriasis in women

**Diulmezova-Bilash O. O.**

Municipal institution "Zaporizhzhya Regional STI Clinical Center" Zaporizhzhya Regional Council

An overview of the literature data on the treatment of various forms of psoriasis is presented. Modern approaches to systemic therapy of psoriasis, its topical treatment, the possibilities of physiotherapy techniques and sanatorium-and-spa treatment are considered.

**Keywords:** clinical form, female, psoriasis, treatment.

**Дюльмезова-Билаш Ольга Александровна** – врач-дерматовенеролог, Коммунальное учреждение «Запорожский областной кожно-венерологический клинический диспансер» Запорожского областного совета, Запорожье.